



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Pernille Lundervold Holtan

Bacheloroppgave

Sosial ulikhet i ungdoms kosthold

Social inequality in adolescents dietary habits

B1FOA-12 Bachelor i Folkehelse

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA ☐ NEI ☐

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☐ NEI ☐

Forord

Denne bacheloroppgaven er utarbeidet ved Høgskolen i Hedmark som en avsluttende oppgave på studie i folkehelse. I folkehelsestudie har jeg vært gjennom et bredt spekter av emner og fag. Mye av det jeg har tilegnet meg av kunnskap, vil jeg ta med meg inn i videre studier og i arbeidslivet. Arbeidet med denne oppgaven har vært veldig interessant og lærerikt, samtidig som det har vært en tid med noen utfordringer i skriveprosessen.

Det er to grunner til at jeg fikk en interesse for tema sosial ulikhet i helse som det skrives om i denne oppgaven. Gjennom livet har jeg gjort mange observasjoner på at enkelte mennesker har større problemer og utfordringer enn andre. Tilsynelatende hadde de mindre ressurser, lite sosialt nettverk og hadde falt utenfor samfunnet tidlig i livet. Gjennom forelesninger på høgskolen fikk jeg en større forståelse rundt sosial ulikhet. Jeg ønsket å lære mer om dette området og valgte derfor å skrive min bacheloroppgave rundt temaet.

Jeg vil takke min veileder Ingeborg Barth Vedøy for utfyllende og konstruktive tilbakemeldinger underveis.

Elverum 27.04.15

Pernille Lundervold Holtan

Sammendrag

Forfatter

Pernille Lundervold Holtan

Oppgavens tittel

Sosial ulikhet i ungdoms kostholdsvaner

Problemstilling

Hvordan påvirker sosioøkonomisk posisjon kostholdet til ungdom?

Hvilken indikator på sosioøkonomisk posisjon påvirker mest?

Teori

Beskrivelse av sosial ulikhet i helse, hvordan det måles, skjevfordelingen i helseatferd. I tillegg beskrives kostholdsvaner, anbefalinger, helseeffekt og sosial ulikhet i kostholdet.

Metode

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode.

Datapresentasjon og diskusjon

I datapresentasjonen presenteres de fem artiklene som er inkludert i oppgaven. I diskusjonen blir artiklenes resultatet diskutert i sammenheng med hverandre og opp mot teorien for å se hvordan sosioøkonomisk posisjon påvirker kostholdet til ungdom.

Konklusjon

Studiene viser en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og kostholdet til ungdom. Ungdom med høy sosioøkonomisk posisjon har et sunnere kosthold enn ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon. Utdanning er den indikatoren som gir størst utslag på kostholdet.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	II
Sammendrag.....	III
Innholdsfortegnelse	IV
Tabelliste	VI
Figurliste	VI
1. Innledning	7
1.1 Problemstillingen.....	8
1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen	8
1.3 Begrepsavklaring.....	8
2. Teori.....	9
2.1 Sosial ulikhet i helse	9
2.1.1 Måling av sosioøkonomisk posisjon	10
2.1.2 Sosial skjevfordeling i helseatferd	12
2.1.3 Hvorfor er sosial ulikhet et problem?	14
2.2 Kosthold	14
2.2.1 Kostholdsanbefalinger.....	14
2.2.2 Kostholdet i forhold til anbefalingene.....	15
2.2.3 Kosthold og helseeffekt.....	16
2.2.4 Sosiale ulikheter i kostholdet	17
3. Metode	18
3.1 Hva er metode.....	18

3.1.1 Litteraturstudie	19
3.2 Søkeprosessen	19
3.2.1 Inklusjonskriterier	20
3.2.2 Eksklusjonskriterier	21
3.3 Innsamling av data	22
3.4 Kildekritikk.....	23
4. Utvalg og resultater	24
4.1 Artikkel 1	24
4.2 Artikkel 2	26
4.3 Artikkel 3	27
4.4 Artikkel 4	29
4.5 Artikkel 5	30
5. Diskusjon.....	32
5.1 Sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og kosthold.....	32
5.1.1 Er det en sosial arv eller miljøet som påvirker kostholdet	33
5.1.2 Kjønnforskjeller i kostholdet	35
5.1.3 De ulike indikatorer gir ulikt utslag på kostholdsforskjellene	36
5.2 Metode diskusjon.....	40
5.2.1 Svarrespons og frafall.....	40
5.2.2 Trekning av deltakere.....	42
5.2.3 Datainnsamling.....	43
6. Konklusjon	45
6.1 Forslag til videre forskning	46
Litteraturliste.....	47

Tabelliste

Tabell 1.1 Begreper som brukes i oppgaven	8
Tabell 3.1 Søkeprosessen	22

Figurliste

Figur 2.1 Sosial bakgrunn, sosioøkonomisk posisjon og helse	13
--------------------------------------------------------------------------	-----------

1. Innledning

Sosial ulikhet i helse er en stor utfordring og et rettferdighetsproblem i hele verden. Det er mer enn 30 års skille i forventet levealder mellom enkelte land og over 20 års forskjell innad i noen land. Retten til høyest mulig helsestandard er nedfelt i konstitusjonen til Verdens Helseorganisasjon. Det er store forskjeller i verden i hvordan disse rettighetene respekteres. Sosial urettferdighet tar livet av mange mennesker. Det finnes ingen biologisk forklaring på de sosiale forskjellene i helse (Helsedirektoratet, 2011a). Sosial ulikhet i helse er et resultat av forskjeller i materielle, psykososiale og adferdsrelaterte risikofaktorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Den ujevne fordelingen av disse risikofaktorene skyldes dårlige politiske løsninger, urettferdige økonomiske ordninger og sviktende velferdsordninger (Helsedirektoratet, 2011a).

Mellom ulike grupper i samfunnet finner man systematiske forskjeller i helse (Grøholt, Hånes & Reneflot, 2014). Sosiale helseforskjeller variere etter utdanningsnivå, inntektsnivå og yrkesgruppe. Det gjør det til en stor utfordring som berører alle samfunnslag og ikke bare enkelte grupper (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Sosiale forskjeller i helse er betydelige også i Norge. Et viktig mål i folkehelsearbeidet er å redusere de sosiale helseforskjellene (Grøholt et al., 2014).

Levevaner er et av de områdene man ser store sosiale forskjeller mellom ulike grupper. Ulike levevaner påvirker utviklingen av en rekke helseplager og sykdommer. De sosiale forskjellene i levevaner viser seg også blant barn og unge (Grøholt et al., 2014). I denne oppgaven vil fokuset været rettet mot sosial ulikhet i kostholdsvanene til ungdom. Oppgaven består av ett teori-, metode-, datapresentasjons-, diskusjons- og konklusjonskapittel.

1.1 Problemstillingen

Problemstilling: *Hvordan påvirker sosioøkonomisk posisjon kostholdet til ungdom?*

Underspørsmål: *Hvilken indikator på sosioøkonomisk posisjon påvirker mest?*

1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Det finnes mange ulike definisjoner på hvilke aldersgruppe ungdom er. Jeg har valgt å avgrense ungdom i denne oppgaven til å være i alderen 12 til 16 år. I denne perioden endrer unge sine vaner fra å følge kostholdet i hjemmet til i økende grad å bli mer selvstendige.

1.3 Begrepsavklaring

Tabell 1.1 Begreper som brukes i oppgaven

Begrep	Forklaring
Sosioøkonomisk posisjon	Sosioøkonomisk posisjon er et begrep som brukes i en sosial kategorisering. Det brukes mange ulike begreper for å beskrive sosioøkonomisk posisjon. I litteraturen blir begreper som sosioøkonomisk posisjon, sosioøkonomisk status, sosial klasse, sosial posisjon og sosialt lag brukt om hverandre (Strand & Næss, 2009).
Ungdom	FN definerer ungdom mellom 15 og 24 år, mens UNICEF definerer ungdom mellom 10 og 19 år (United Nations Department of Economic and Social Affairs, s.a.). I denne oppgaven vil ungdom mellom 12 og 16 år bli inkludert.
Kosthold	Kostholdet er det totale inntaket av mat og drikke over tid. Et sunt kosthold oppfyller helsemyndighetenes ernæringsanbefalinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b).
Helseatferd	Begrepet helseatferd brukes for å beskrive hvordan en persons atferd påvirker helsen. Synonyme begreper er helsevaner, livsstil, atferdsmønstre og helserelaterte atferdsmønstre (Aarø & Klepp, 2009).
FAS	Er en forkortelse for Family Affluence Scale og er et måte å måle unges sosioøkonomiske posisjon. Måling av FAS foregår gjennom spørsmål om materielle forhold (Currie et al., 2008).

Tabell 1.1. Avklaring og forklaring av ulike begreper som brukes i oppgaven.

2. Teori

2.1 Sosial ulikhet i helse

Helse er en grunnleggende menneskerettighet som er forankret gjennom FN konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Det er retten enhver har til høyst oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk (Menneskerettsloven, 1999). Utviklingen i Norge viser at vi alle får bedre helse, men at personer med høy sosioøkonomisk posisjon bedrer sin helse mer enn personer med lav. Derfor øker også de sosiale ulikhetene (Dahl et al., 2014). Alle i befolkningen oppnår derfor ikke høyst oppnåelige helsestandard som FN formulerte det. Det er ikke bare mellom grupper med lav- og høy sosioøkonomisk posisjon det er forskjeller i helse. Studier tyder på at mengden helseplager øker med synkende sosioøkonomisk posisjon. Det vil si at de som har en høy sosioøkonomisk posisjon har bedre forventet helse, enn de med middels sosioøkonomisk posisjon, som igjen har bedre helse enn de med lav (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det er en sosial gradient som går gjennom hele befolkningen, ikke bare i enkelte grupper (Sund & Krokstad, 2005). Forskjellene er urettferdige og skaper skiller i befolkningen. Sosial ulikhet i helse beskriver hvordan helsen er systematisk ulikt fordelt i det sosiale hierarkiet (Sund & Krokstad, 2005).

World Health Organization (2013) beskriver at sosial ulikhet i helse er et resultat av hvilke forhold mennesker lever i, er født under, vokser opp i og arbeider i. Dette betegnes som sosiale helsedeterminanter. Det er faktorer og forhold i samfunnet som er bestemmende for hvordan den gjennomsnittlige helsen er i de ulike gruppene i det sosiale hierarkiet (World Health Organization, 2013). Helseatferd blir også sett på som en sosiale helsedeterminanter (Dahl et al., 2014). Det er sannsynlig at helsedeterminantene er årsaken til sosial ulikhet i helse (World Health Organization, 2013). I tillegg til de ytre faktorene som påvirker helsen, er det også individuelle faktorer som kjønn og alder. Disse angir den enkeltes sårbarhet for de

ytre helsedeterminantene. Kjønnene blir påvirket ulikt av sosiale, kulturelle og materielle forhold, dette gjør at det blir kjønnsforskjeller i blant annet atferd, muligheter og resurser (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009).

På bakgrunn av den sosiale skjevfordelingen i helse, har Helsedirektoratet rettet fokus på dette området. Regjeringen har blant annet laget en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Målet er å ”*reducere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse*” [egen kursivering] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a, s. 6). Et av innsatsområdene er å redusere sosiale forskjeller i helseatferd. Dette vil være viktig for å utjevne forskjeller i utvikling av livsstilssykdommer. Et annet innsatsområde er å redusere forskjeller i oppvekstsvilkår for unge, ved en mer rettferdig fordeling av inntekt og mulighet for utdanning. Utjevning av sosial ulikhet vil være viktig for at alle skal få lik mulighet til god helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a).

2.1.1 Måling av sosioøkonomisk posisjon

Sosioøkonomisk posisjon viser til hvilke sosiale- og økonomiske faktorer som påvirker hvilken posisjon et individ eller gruppe har i samfunnet. Dette kan måles på mange måter, blant annet gjennom boligstandard, fasiliteter i boligen og materielle eiendeler (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch & Smith, 2006a). De mest vanlige indikatorer som brukes er likevel inntekt, utdanning og yrke (Galobardes et al., 2006a; Sund & Krokstad, 2005).inntekt gjenspeiler materielle levekår og gir et øyeblikksbilde av sosioøkonomisk posisjon fordi den kan variere mye. Sammenhengen mellom inntekt og helse kommer indirekte frem gjennom faktorer som mulighet til å kjøpe mat med bedre kvalitet, høyere standard på bolig og bedre tilgang på tjenester. For personer med lav inntekt vil mulighetene være motsatt (Strand & Næss, 2009). Utdanning er en indikator som er lett å måle. Den fanger opp de fleste gruppene

i samfunnet og er relevant for alle mennesker. Sammenhengen mellom utdanning og helse ligger i kunnskap, da man regner med at utdanningsnivå reflekterer en persons kunnskapsnivå. Dette kan blant annet påvirke en persons mulighet til å forstå helseinformasjon og kommunisere med helsearbeidere. Utdanning endrer seg lite i voksenlivet og kan være en indikator som fanger opp betydningen av levekår i barne- og ungdomsalder (Strand & Næss, 2009). Familiens sosioøkonomiske bakgrunn henger sammen med utdanning og kan være en indikator som fanger opp sosial posisjon i oppveksten (Dahl et al., 2014). Utdanning er også en sterk determinant for fremtidig yrke og inntekt (Galobardes et al., 2006a). Yrke henger tett sammen med utdanning og inntekt og kan reflektere en persons sosiale nettverk, samt medbestemmelse, kontroll og stress på arbeidsplassen. Helsen påvirkes gjennom psykososiale prosesser (Galobardes et al., 2006a). Svakheten med å bruke yrke som indikator på sosioøkonomisk posisjon, er at den ikke fanger opp alle grupper i befolkningen. Arbeidsløse, eldre og minoriteter er grupper som vil falle utenfor (Strand & Næss, 2009). Geografisk område blir også brukt som mål på sosioøkonomisk posisjon. Det kan brukes til å karakterisere et områdes velstand og representere den sosioøkonomiske posisjonen til de som bor i området. Innhenting av slik data gjøres ved å se på totalen av individuelle mål på sosioøkonomisk posisjon i de ulike områdene (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch & Smith, 2006b).

Når man skal måle sosial ulikhet hos barn og ungdom, brukes ofte foreldrenes sosioøkonomiske posisjon som mål, fordi de unge ikke har inntekt, utdanning eller et yrke (Samdal, et al., 2012a). Det kan være vanskelig for ungdom å gi en nøyaktig beskrivelse av foreldrenes yrke, utdanningsnivå eller økonomi. For å kunne måle ungdoms sosioøkonomiske posisjon mer nøyaktig ble The Family Affluence Scale (FAS) utviklet. Spørsmålene i FAS er spørsmål som ungdom sannsynligvis vet om familien og som kan gi et bilde av foreldrenes

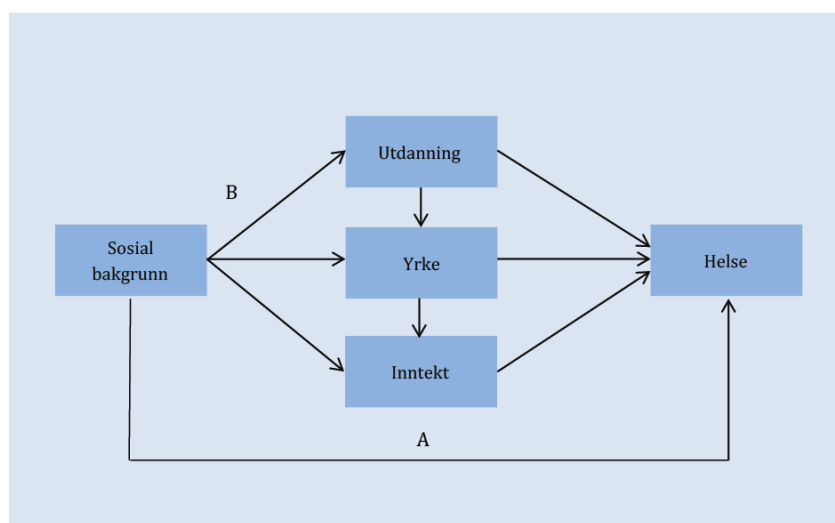
velstand. Det spørres om hvor mange biler familien har, om ungdommene har sitt eget soverom, hvor mange ganger de er på ferie i løpet av et år og hvor mange datamaskiner det er i hjemmet. Skåren på spørsmålene gir en indikasjon på om familien har en lav, middels eller høy sosioøkonomisk posisjon. I Verdens helseorganisasjons undersøkelser "Helsevaner blant skolelever" blir FAS skalaen brukt (Currie et al., 2008).

2.1.2 Sosial skjevfordeling i helseatferd

Det er godt dokumentert at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og helseatferd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Hvordan helsen utvikler seg henger sammen med oppvekstvilkår og hvilke forhold vi lever under (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Foreldrenes sosioøkonomiske posisjon preger oppvekstvilkårene til barn og unge og deres muligheter for videre utdanning (Mæland, 2010). Siden helsevaner som etableres tidlig i livet ofte vedvarer inne i voksenlivet, vil studier av helsevanene til unge være viktig fordi det kan forutsi sosial ulikhet i helse senere i livet (Dahl et al., 2014). Kunnskap om de unges helsevaner vil derfor være viktig for å kunne iverksette tiltak for å redusere sosiale forskjeller.

Usunt kosthold, røyking, fysisk inaktivitet og misbruk av alkohol regnes som de fire helsevanene som gir størst risiko for livsstilsrelaterte sykdommer (Næss, Rognerud & Strand, 2007; Wold & Samdal, 2009). Det finnes flere teorier på hvorfor vi har ulike helsevaner, om det er et individuelt valg eller om det har en sosiokulturell påvirkning. Trolig har begge deler en innvirkning. I psykologisk tenkning ser man på helsevaner som et individuelt valg som styres av behovet for autonomi, følelsen av å mestre og ha kontroll, og tilhørighet. Disse behovene styrker evnen til selvregulering og derfor også hvilke valg vi tar i forhold til helsevaner (Wold & Samdal, 2009). I en sosiokulturell tenkning blir individet påvirket av de sosiale omgivelsene rundt seg. Vi blir påvirket av synspunkter og handlinger i de ulike sosiale

sammenhengen vi er i, og tilpasser oss de sosiale forventningene i de forskjellige sammenhengende (Wold & Samdal, 2009). De unges helsevaner vil først og fremst bli preget av familien sin sosioøkonomiske posisjonen i samfunnet. Man velger de helsevanene som er verdsatt og aksepter i det samfunnslaget man vokser opp i. Oppveksten i ulike samfunnslag vil da gi ulike helsevaner. Det er en stor sannsynlighet for at de helsevanene som blir etablert tidlig i livet tas med videre. Unge tar da med seg en sosial arv av vaner fra sine omsorgspersoner (Wold & Samdal, 2009). På denne måten reproduseres ulikhetene mellom generasjoner (Dahl et al., 2014). Dette skaper en skjevfordeling av gode vaner. De med lav sosioøkonomisk posisjon blir mer disponert for ugunstige helsevaner og igjen mer utsatt for sykdommer som er relatert til livsstilen (Wold & Samdal, 2009). Det er slik at vår sosiale posisjon påvirker helsen mer enn helsen påvirker vår sosiale posisjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Figur 2.1 viser hvordan vår sosiale bakgrunn påvirker helsen direkte gjennom sosialisering og materielle forhold. Helsen blir også påvirket indirekte gjennom utdanning, yrke og inntekt som er vår egenskaffede sosioøkonomiske posisjon (Dahl et al., 2014).



Figur 2.1 Sosial bakgrunn, sosioøkonomisk posisjon og helse. Fra E. Dahl, H. Bergsli & K. A. van der Wel, 2014.

2.1.3 Hvorfor er sosial ulikhet et problem?

De sosiale forskjellene i helse er et stort og aktuelt samfunnsproblem. Sosial ulikhet i helse er ikke et naturlig fenomen, men menneskeskapt gjennom en skjevfordeling av påkjenninger og ressurser i samfunnet. Utrekninger viser at 43 000 dødsfall i Norge kunne vært unngått i løpet av 10 år hvis alle hadde den samme lave dødeligheten som de med best utdanning (Dahl et al., 2014). Dette viser at sosial ulikhet i helse er et stort rettferdighetsproblem. Mennesker som ligger lavt på den sosiale rangstigen har både dårligere levekår, opplever mer sykdom og tidligere død. Barn og unge av foreldre med lavere sosioøkonomisk posisjon opplever oftere helseproblemer. De er født inn i en sosial klasse, som de selv ikke kan velge (Dahl et al., 2014). Sosiale helseforskjeller er også et folkehelseproblem fordi det omfatter hele befolkningen og det gjør at det totale helsepotensiale ikke utnyttes fullt ut. Arbeidsdager og år med god helse og høy livskvalitet går tapt. Det skaper problemer for sysselsetting og økonomiske utgifter (Dahl et al., 2014; Grøholt et al., 2014). Levealderen i befolkningen ville hatt en stor økning hvis alle ble hevet til samme helsnivået som de best stilte (Dahl et al., 2014).

2.2 Kosthold

Kostholdet vårt har en direkte betydning for helsen vår. Store deler av befolkningen har klare svakheter i ernæringen som medvirker til utvikling av en rekke sykdommer (Helsedirektoratet, 2015). I følge Helsedirektoratet (2015) er det store forskjeller i befolkningens kostholdsvaner og det er en svært stor utfordring å utjevne disse forskjellene.

2.2.1 Kostholdsanbefalinger

Hensikten med myndighetenes kostholdsanbefalinger er at hver enkelt skal få dekket inntaket av de ulike næringsstoffene, som vil medføre en god helse i befolkningen.

Kostholdsanbefalingene er de samme for unge fra 10 år og oppover som for voksne. Det anbefales at det daglige energiinntaket av fett bør utgjøre 25-40 %, karbohydrater 45-60 % og proteiner bør utgjør 10-20 % (Helsedirektoratet, 2014). Videre råder Helsedirektoratet til daglig inntak av fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær av 100 gram og inntak av grove kornprodukter hver dag. Helsedirektoratet anbefaler å begrense inntak av energirik mat som sukkerholdig drikker, godteri, snacks, sukker samt begrense saltinntaket (Helsedirektoratet, 2014).

2.2.2 Kostholdet i forhold til anbefalingene

I følge Helsedirektoratet (2015) viser utviklingen i norsk kosthold at befolkningen ikke klarer å følge opp anbefalingene. Det spises generelt nesten dobbelt så mye salt som anbefalt i hele befolkningen. En stor andel av saltet er tilsatt i ferdigvarer som sauser, krydder, kjøttprodukter og brød (Helsedirektoratet, 2015). I befolkningen som en helhet spises det 3-4 frukt og grønnsaker hver dag, noe som er mindre enn anbefalt. I 2012 oppgav ca. 55 % av ungdom mellom 16 og 24 år at de spiste én eller flere frukt og grønnsaker daglig (Helsedirektoratet, 2015). Når det gjelder sukker har utviklingen endret seg. 19% av ungdommene oppgav at de drikker sukkerholdigdrikke en eller flere ganger daglig. Dette er en nedgang på 17% fra 2005. Daglig inntak av godteri og snacks ligger på 5 %, dette er også en nedgang fra 2005. Det er likevel mer enn anbefalt inntak av sukker. Generelt anbefales det å redusere inntaket av sukker med 15 gram daglig (Helsedirektoratet, 2015). Utviklingen i det norske kostholdet det siste året viser også et for høyt inntak av mettet fett og alkohol, og et for lavt inntak av kostfiber, enkelte vitaminer og mineraler i befolkningen generelt (Helsedirektoratet, 2015).

2.2.3 Kosthold og helseeffekt

Kostholdet vårt har en direkte betydning for utvikling av enkelte sykdommer. Sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type-2, høyt blodtrykk, enkelte former for kreft, beinskjørhet, overvekt og fedme kan blant annet knyttes til et ugunstig kosthold (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2015; Næss et al., 2007). For mye salt øker risikoen for høyt blodtrykk, som igjen øker risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt. Høyt saltinntak gir også økt risiko for kreft i magesekken, tykktarmen og endetarmen (Helsedirektoratet, 2011b). Ved å spise mer frukt, bær og grønnsaker reduseres risikoen for hjerneslag, koronar hjertesykdom og høyt blodtrykk. De er i tillegg en viktig kilde til mange vitaminer og mineraler som vi trenger. Studier viser at grønnsaker, frukt og bær sannsynligvis reduserer risikoen for kreft i lungene, magesekken, svelg, munn, strupehode og spiserøret. Jo større inntaket av disse matvarene er, jo mer beskytter de mot disse kreftformene (Helsedirektoratet, 2011b). Sukker har også flere negative bivirkninger på helsen. Sukkerholdig drikker bidrar til karies og erosjonsskader på tennene. Et høyt inntak av sukkerrik mat og drikke bidrar til vektøkning, overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2011b).

Risikoen for alle disse sykdommene og helseskadene kommer av livsstilen og kan knyttes til kostholdet. Studier hvor levevaner er undersøkt viser at det er 10-15 års forskjell i forventet levealder mellom de med gunstige og ugunstige livsstil (Helsedirektoratet, 2011b). I følge World Health Organization (2014) er iskemisk hjertesykdom, som omfatter blant annet hjerteinfarkt, den sykdommen som tar flest liv i høyinntektsland. Sykdommen som tar nest flest liv i høyinntektsland er hjerneslag. Videre på listen ligger tykk- og endetarmskreft og diabetes på plass nummer syv og åtte (World Health Organization, 2014). Disse sykdommene kan knyttes til blant annet for høyt inntak av salt, sukker og for lite inntak av frukt og grønnsaker. I følge Helsedirektoratet (2015) vil forekomsten av livsstilssykdommer reduseres

hvis man følger myndighetenes kostholdsanbefalinger. Verdens Helseorganisasjon fremhever usunt kosthold, fysisk inaktivitet og røyking som de tre viktigste risikofaktorene for kroniske sykdommer. De anslår at 80% av type 2-diabetes og hjerte- og karsykdommer, og 30-35% av kreftsykdommer kunne vært redusert, hvis de tre risikofaktorene ble eliminert (Helsedirektoratet, 2011b). For å kunne forebygge mot utviklingen av fremtidige sykdommer, vil en viktig faktor være å iverksette tiltak som bedrer kostholdet til ungdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b).

2.2.4 Sosiale ulikheter i kostholdet

Kostholdsvanene til unge vil ofte være uforandret gjennom mange år. Unge som har et ugunstig kosthold vil ha større risiko for sykdom senere i livet enn unge med et gunstig kosthold. Det vil kunne bidra til å opprettholde sosial ulikhet i helse (Næss et al., 2007). For å medvirke til sunne kostholdsvaner hos unge er kunnskap om matlaging og smak viktig (Opplysningskontoret for frukt og grønt, 2014). Grunnlaget for et sunt kosthold og gode vaner legges i hjemmet. Skolen og barnehagen har likevel en viktig rolle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b). I Norge er skolen en felles arena for barn og unge. Dette gjør skolen til et viktig sted for å fremme en sunn helseatferd og bidra til utjevning av sosiale ulikheter i helse (Helsedirektoratet, 2010).

Det er en klar sosial skjevfordeling i kostholdet. Usunne vaner er hyppigere blant de med lav sosioøkonomisk posisjon (Sunde & Krokstad, 2005). Den samme skjevfordelingen kan vi se i enkelte sykdommer som kan knyttes til kostholdet som diabetes, overvekt og fedme. Risikoen for disse sykdommene følger den samme sosiale gradienten som kostholdsvanene (Næss et al., 2007). I en studie av norske ungdommer finner man en sosial gradient mellom ungdom med overvekt og fedme og familiens inntektsnivå (Grøholt, Stigum & Norhagen, 2008).

For å kunne måle kostholdsvanenes sosiale fordeling, brukes det noen indikatorer på kosthold. De mest brukte indikatorene er inntak av frukt, grønnsaker, godteri, brus og andre sukkerholdigdrikker (Samdal et al., 2012b; Samdal et al., 2009; Torsheim, Leversen & Samdal, 2007).

3. Metode

3.1 Hva er metode

Metode er en fremgangsmåte og et middel for å komme frem til ny kunnskap. Metoden er vårt redskapet på veien mot målet av det vi vil undersøke. Når vi skal gjøre en undersøkelse er det problemstillingen som styrer valg av metode. Metoden må velges ut fra hvilken fremgangsmåte som best kan gi oss svar på det vi skal undersøke (Dalland, 2012). Det skilles mellom to ulike metoder, kvantitativ og kvalitativ metode. Forskjellene mellom disse metodene er spesielt knyttet til datainnsamlingen. I kvantitativ metode samles dataene inn gjennom spørreskjemaer med faste svaralternativer og strukturerte observasjoner. Med denne metoden ønsker man å gå i bredden av et fenomen og målet er at undersøkelsen skal være representativ (Dalland, 2012). I kvalitativ metode går man mer i dybden på fenomenet, ved å samle inn mest mulig data om få undersøkelsesenheter. Fremgangsmåten for å samle inn data kjennetegnes ved bruk av spørreskjema med åpne svaralternativer, intervju og ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2012).

3.1.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en studie av litteraturen som finnes om tidligere undersøkelser (Støren, 2010). I en litteraturstudie kan man bruke både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Datamaterialet i en litteraturstudie er allerede eksisterende kunnskap. Litteraturstudie skaper ingen ny kunnskap, men det kan likevel komme frem nye erkjennelser når kunnskapen sammenstilles fra flere studier. Litteraturstudie er en systematisering av kunnskap, som gjøres ved å søke den, samle den, vurdere- og sammenfatte den (Støren, 2010). I denne oppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode for å kunne besvare min problemstilling. Metoden i en litteraturstudie skal vise søkeprosessen for å finne vitenskapelige originalartikler i databaser som er relevante (Støren, 2010).

3.2 Søkeprosessen

Valget av databaser ble gjort på bakgrunn av anbefalinger fra biblioteket på Høgskolen i Hedmark. De ga meg også en innføring i bruk av emneordsystemene som er forskjellige i de ulike databasene. Databasene Ovid Medline, SveMed+ og Oria bruker *Medical Subject Headings (MeSH)*, mens Cinahl bruker emneordsystemet *Cinahl Headings* (Støren, 2010). Ved å bruke et søkeord som ligger i emneordsystemet vil det ene søkeordet dekke flere begreper som henger sammen med søkeordet (Medisinsk bibliotek, 2013). Dette vil jeg vise nærmere i de neste avsnittene. For å finne de gode søkeordene begynte jeg med å finne MeSH- og Cinahl Headings emneordene for sosioøkonomisk posisjon, kostholdsvaner og ungdom.

Både i MeSH- og Cinahl Headings vil emneordet "socioeconomic factors" dekke mange begreper som sosioøkonomiske faktorer, levestandardforhold, levestandard, sosial ulikhet, sosiale forhold og sosiale hull. I Ovid Medline, SveMed+ og Oria tok jeg også med "social

class”, da det dekker begrepene sosial klasse og sosial gruppe. I Cinahl var ikke dette nødvendig da ”social class” kom under søkeordet ”socioeconomic factors”. Mange artikler brukte stavelsen ”socio-economic factors”, jeg prøvde derfor ett ekstra søk i Oria for å se om denne stavelsen kunne fange opp andre relevante artikler.

For kostholdsvaner var ”food habits” et godt søkeord i begge emneordsystemene. I MeSH dekket det både kostvaner og matvaner. For også å dekke ordene kost, diett, føde og kosthold, inkluderte jeg ordet ”diet” i søkene i Ovid Medline, SveMed+ og Oria. I Cinahl brukte jeg ikke ”diet” da det ville gitt meg mange treff på temaer som ikke er relevante for problemområdet.

For ungdom brukte jeg søkeordene ”adolescent” og ”young adult” som MeSH emneord. De dekker begrepet ungdom, tenåringer og unge voksne. ”Adolescent” dekker ungdom mellom 13 og 18 år og ”young adult” dekker ungdom mellom 19 og 24 år. I Cinahl var søkeordet ”adolescence” et bedre egnet emneord enn ”adolescent”, i tillegg brukte jeg ”adolescence nutrition” og ”young adult”.

3.2.1 Inklusjonskriterier

I følge Støren (2010) kan inklusjonskriterier være språk, tidsrom, aldersgrupper eller publikasjonstype. I inklusjonskriteriene har jeg bestemt at artiklene må være på engelsk eller norsk. Artikler som er publisert mellom 2007 og 2015 er inkludert i søkene. Grunnen til denne avgrensningen er at det er en stadig utvikling innen for fagområdet som jeg undersøker. Jeg vurderte det slik at studier eldre enn 8 år ikke lenger er oppdaterte. Videre ble studier hvor både barn og ungdom var representert inkludert. Grunnen er at ved å ekskludere disse studiene vill jeg kunne gå glipp av viktig undersøkelser om ungdoms kosthold.

3.2.2 Eksklusjonskriterier

Studier fra land som har en helt annen kultur enn Norge ble ekskludert. Det kan være vanskelig å tolke dataene og forstå resultatene i en studie fra et land med helt andre utfordringer i sosiale ulikheter og deres kostholdsmønsteret. I følge Støren (2010) kan en oversiktsartikkel anses som en litteraturstudie. Oversiktsartikler ble derfor ekskludert siden oppgaven skulle inneholde originalartikler. Studier som bare omfattet barn og hvor ungdom ikke var representert, ble ekskludert.

3.3 Innsamling av data

Tabell 3.1 Søkeprosessen

Database	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Vurdert	Inkludert
SveMed+	Adolescent OR Young adult AND Socioeconomic factors OR Social class AND Food habits OR Diet	Peer reviewed	28	5	2
Ovid Medline (Embase inkludert)	Adolescent OR Young adult AND Socioeconomic factors OR Social class AND Food habits OR Diet	Etter 2007	13	1	0
Oria	Adolescent OR Young adult (alle felt) AND Socioeconomic factors OR Social class (alle felt) AND Food habits OR Diet (alle felt)	- Siste 5 år - Fagfellevurdert tidsskrift - Engelsk	18	1	0
Oria	Adolecence (alle felt) AND Socio-economic factors (alle felt) AND Food habits (alle felt)	- Siste 2 år - Engelsk - Artikler	6	1	1
Cinahl	Adolescence OR Adolescence Nutrition OR Young Adult AND Socioeconomic factors AND Food habits	- Etter 2009 - Peer reviewed - Research Article - Aged group: Adolescent 13- 18 years	58	3	1
Google Scholar	"Adolescent" AND "Socioeconomic factors" AND "Food habits"	- Etter 2010 - Ekskludert "sitater"	264	4	1

Tabell 3.1 Søkeprosessen viser søkene som er gjort i innsamlingen av data.

3.4 Kildekritikk

I kildekritikken skal man vise at man kan forholde seg kritisk til kildene man bruker i oppgaven, samt hvilke kriterier man har brukt i utvelgelsen av kildene. I kildekritikken må man kunne gjøre rede for validiteten som er relevansen/gyldigheten til dataene. Det man undersøker og dataene som samles inn må være relevant i forhold til å kunne belyse problemstillingen man skal besvare. Både kildene man bruker og dataene man henter fra kildene, må være relevante for problemstillingen for at undersøkelsen skal oppfattes som valid (Dalland, 2012). Jeg brukte inklusjon- og eksklusjonskriterier for å få mest mulig relevante treffene i søkeprosessen. Jeg fikk mange treff hvor noen ble ekskludert etter å ha lest overskriften og andre etter at jeg leste abstraktet. Noen artikler måtte leses mer gjennomgående før de ble forkastet. Enkelte artikler var publisert 15 år etter at dataene var samlet inn. Disse ble ekskludert da fagområdet sosial ulikhet i kostholdet har endret seg mye på de årene og studiene var ikke gyldige i forhold til min problemstilling. Artikler der forskerne ikke selv påpekte mulige svakheter ved egen studie, ble også ekskludert. Jeg opplevde disse studiene som mangelfulle. Jeg vurderte 15 artikler der jeg leste abstraktet, forfatternavn, forfatter tilhørighet og nøkkelord. Seks av disse ble valgt ut til oppgaven. Etter nøye vurdering over lang tid ble én av de seks artiklene fjernet da jeg ikke syntes den traff min problemstilling godt nok. De fem artiklene som ble tatt med i denne oppgaven synes jeg belyser min problemstilling fra litt ulike vinkler.

I tillegg til at dataene skal være relevante, må de også være pålitelige, også kalt reliabilitet. Dataene må være samlet inn på en måte som er nøyaktig for at dataen kan oppfattes som pålitelige (Dalland, 2012; Johannesen, Tuftes & Christoffersen, 2010). Reliabiliteten knytter seg til hvilke data som er brukt, hvordan de er samlet inn og bearbeidet på. For å teste reliabiliteten til en undersøkelse, kan man gjennomføre den samme undersøkelsen på den

samme gruppen på to ulike tidspunkt. Er resultatet det samme, har den høy reliabilitet (Johannesen et al., 2010). For å finne artikler med høy pålitelighet, har jeg brukt de samme søkeordene og kriteriene i databasene. Jeg har også vært grundig i forarbeid for å finne de mest presise søkeordene. Resultatene i studiene er vurdert opp mot teorien som finnes på området. Artiklenes resultater viser den samme tendensen som annen forskning viser. Utfra dette vurderte jeg det slik at det forsterket påliteligheten til studiene.

Jeg har prøvd å være grundig i arbeidet med å finne relevante artikler. Det er likevel mulig at relevante artikler har blitt oversett av ulike grunner som for eksempel fremmede språk. En annen svakhet ved min søkeprosess kan være at jeg har ekskludert artikler fordi jeg ikke har klart å overføre resultatene i forskningen til min problemstilling. Det kan også være at det er gjort relevant forskning på området som ikke er tilgjengelig i fulltekst i databasene.

4. Utvalg og resultater

4.1 Artikkel 1

<i>Tittel:</i>	Socioeconomic differences in selected dietary habits among Norwegian 13-14 year- olds: a cross-sectional study
<i>Målet med studien:</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Beskrive forskjeller i spisevaner blant norske ungdom, både etter kjønn og sosioøkonomisk status.2. Beskrive forskjeller i foreldrenes kunnskap om kostholdsanbefalinger i forhold til sosioøkonomisk status.
<i>Forfattere:</i>	Madelene Skårdal, Inger Mari Western, Anne M. S. Ask og Nina C. Øverby
<i>Publisert:</i>	2014, Food & Nutrition Research

Bakgrunn

Overgangen mellom barn og ungdom er en periode hvor det ofte er en økende inntak av usunn mat og nedgang i fysisk aktivitet. Generelt er det slik at usunt kosthold oftere kan knyttes til personer med lav sosioøkonomiske posisjonen, enn til personer med høy. Det er mulig at mangel på kunnskap om kostholdsanbefalinger bidrar til dette (Skårdal, Western, Ask og Øverby, 2014).

Metode

Studien ble gjennomført som en tverrsnittundersøkelse blant 13-14 år gamle ungdomsskoleelever i 9. klasse og deres foreldre. Innsamlingen av data fra ungdommene og foreldrene foregikk gjennom to ulike nettbasert spørreskjemaer. Det var 308 skjemaer som innehold informasjon fra både foreldrene og ungdommene. Deltakelsen var da på 41.5%. Det ble spurt om inntak av grønnsaker, frukt, fisk, fast food og brus/sukkerholdig drikke. De fikk også spørsmål om alder, kjønn, høyde og vekt. Foreldrenes spørreskjema hadde spørsmål om inntekt, utdanning og om deres kjennskap til kostholdsanbefalingene (Skårdal et al., 2014).

Resultater

Ungdommene fra familier med lav inntekt og utdanning hadde et høyere inntak av brus, fast food og lavere inntak av frukt, grønnsaker og fisk. De fant signifikante forskjeller i kostholdet til ungdommene som hadde en mor og far med ≤ 12 års utdanning og de med en mor og far med ≥ 12 års utdanning. Signifikante forskjeller var det også i inntaket av grønnsaker, fisk og fast food mellom de som kom fra familier med høy- og lav inntekt. Foreldrenes utdanningsnivå gjorde større utslag enn inntektsnivået (Skårdal et al., 2014). Resultatene fra undersøkelsen om foreldrenes kunnskap om kostholdsanbefalingene, viste at foreldrene med

høy inntekt og utdanning hadde mer kunnskap om anbefalingen enn de med lav (Skårdal et al., 2014).

Konklusjon

I studien ble det funnet forskjeller i kostholdsvanene mellom kjønn og sosioøkonomisk posisjon (Skårdal et al., 2014).

4.2 Artikkel 2

Tittel: Healthy and unhealthy eating at lower secondary school in Norway

Målet med studien: **1.** Vurdere forskjeller mellom kjønn og sosioøkonomisk posisjon i ungdoms spise- og drikkevaner på skolen.
2. Vurdere forskjellene i inntak av sunne og usunne matvarer mellom skoler.

Forfattere: Marit Hilsen, Terje A. Eikemo og Elling Bere

Publisert: 2010, Scandinavian Journal of Public Health

Bakgrunn

De unge tilbringer mye tid på skolen, og det spises også et eller flere måltider der i løpet av dagen. I Norge går alle ungdommer på skolen, noe som gjør skolen til en viktig arena for å kunne påvirke alle og fremme et sunt kosthold blant ungdom (Hilsen, Eikemo & Bere, 2010).

Metode

I to fylker i Norge ble barneskoler tilfeldig trukket ut til å delta i undersøkelsen. Studien ble gjennomført som longitudinell studie på tre tidspunkter over tre år av de samme elevene.

Dataene ble samlet inn gjennom spørreskjemaer. Spørsmålene de fikk var hvor hyppig

inntaket av ulike sunne og usunne mat- og drikkevarer var i skoletiden. Elevene fikk også spørsmål om videre utdanningsplaner som en indikator på sosioøkonomisk posisjon (Hilsen et al., 2010).

Resultater

Resultatene viser at 33% av ungdommene opplyser om at de spiser godteri én eller flere ganger i uken på skolen. 36% opplyste om at de spiste søte bakervarer én eller flere ganger i uken på skolen. Jentene har et lavere inntak av usunne matvarer og et høyere inntak av sunne matvarer i skoletiden enn guttene. De ungdommene som har planer om å ta høyere utdanning har et større inntak av frukt og grønt enn de som ikke hadde slike planer. Motsatt var resultatene for usunne matvarer (Hilsen et al., 2010).

Konklusjon

Et stor andel ungdom spiser og drikker usunne matvarer på skolen, og færre spiser frukt og grønnsaker. Gutter og ungdommer med lavere sosioøkonomisk posisjon har et lavere inntak av sunne varer (Hilsen et al., 2010).

4.3 Artikkel 3

Tittel: A school based study of time trends in food habits and their relation to socio-economic status among Norwegian adolescents, 2001-2009

Målet med studien: 1. Undersøke hvordan utviklingen i inntak av frukt, grønnsaker, søtsaker og brus har vært blant norske ungdommer fra 2001 til 2009.
2. Undersøke hvordan sosiale ulikheter i kostholdet har utviklet seg i den samme perioden.

Forfattere: Anne-Siri Fismen, Otto Robert Frans Smith, Torbjørn Torsheim og Oddrun Samdal

Publisert: 2014, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity

Bakgrunn

Norske myndigheter har sammen med andre aktører prøvd ulike tiltak for å bedre kostholdsvanene til ungdom. Det finnes få studier som har evaluert ernæringspolitikken som er rettet mot ungdom, hvordan kostholdsvanene til ungdom har utviklet seg og utviklingen i de sosiale ulikhetene i kostholdet (Fismen, Smith, Torsheim & Samdal, 2014).

Metode

Dataene som er analysert er hentet fra den norske delen av World Health Organizations undersøkelse "Helsevaner blant skoleelever". Det er hentet data fra undersøkelsen i 2001, 2005 og 2009. Deltakerne i disse undersøkelsene var 13, 15 og 16 år gamle og det var forskjellige ungdommene i de tre undersøkelsene. Elevene fylte ut et anonymt spørreskjema på skolen. Ungdommene fikk spørsmål om hvor mange ganger i uken de spiste frukt, grønnsaker, søtsaker og brus. I spørreskjemaene fra de tre undersøkelsene ble FAS skalaen brukt som et mål på sosioøkonomisk posisjon (Fismen et al., 2014).

Resultater

Resultatene viser en positiv trend i kostholdsvanene til ungdom mellom 2001 og 2009. Fra 2001 til 2005 økte andelen ungdommer som spise frukt daglig med 45% og andelen som spiste grønnsaker daglig med 35%. Resultatene for inntak av søtsaker og brus viste en positiv utvikling helt fra 2001 og frem til 2009 (Fismen et al., 2014).

Konklusjon

Studien viser positiv utvikling i økt inntak av frukt og grønnsaker, og lavere inntak av søtsaker og brus mellom 2001 og 2005. Denne utviklingen gjaldt i alle sosiale lag, de sosioøkonomiske forskjellene var derfor uendret. Det ble ikke funnet en signifikant sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon, søtsaker og brus. Dette tyder på at sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og søtsaker og brus var stabil mellom 2001 og 2005 perioden og mellom 2005 og 2009 (Fismen et al., 2014).

4.4 Artikkel 4

Tittel: Describing socioeconomic gradients in children`s diets - does the socioeconomic indicator used matter?

Målet med studien: 1. Undersøke styrker mellom ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon og barnas kosthold. Samt undersøke indikatorenes uavhengigheten.

Forfattere: Dorota Zarnowiecki, Kylie Ball, Natalie Parletta og James Dollman

Publisert: 2014, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity

Bakgrunn

Bakgrunnen for studien er at det generelt er slik at barn med lav sosioøkonomisk posisjon har et mer usunt kosthold enn barn med høy sosioøkonomisk posisjon. I forskningen er det likevel ingen enighet om hvilken indikator på sosioøkonomisk posisjon som beskriver disse forskjellene best (Zarnowiecki, Ball, Parletta & Dollman, 2014).

Metode

Studien ble gjennomført som en tverrsnittundersøkelse. Deltakerne i studien var grunnskoleelever fra Australia mellom 9 og 13 år, og deres foreldre. Studien ble gjennomført i to deler, den ene delen besto av en spørreskjema som elevene fylte ut om sine kostholdsvaner. Den andre delen besto av et telefonintervju med foreldrene om barnas helsevaner, og spørsmål om mors utdanning, mors yrke, familiens inntekt, bosted og sivilstatus (Zarnowiecki et al., 2014).

Resultat

Resultatene viste en sammenheng mellom alle indikatorene for kosthold og de fleste indikatorene for sosioøkonomisk posisjon. Både inntekt, yrke, utdanning var alle tilknyttet til barnas kosthold, hvor lav sosioøkonomisk posisjon ble assosiert med et mer usunt kosthold. Det ble funnet varierende assosiasjoner mellom yrke, utdanning og inntekt, og de ulike indikatorer på kosthold. Generelt var mors utdanning den sterkeste sosioøkonomiske indikatoren på barnas kosthold (Zarnowiecki et al., 2014).

Konklusjon

Det ble funnet forskjellige assosiasjoner mellom de ulike indikatorene på sosioøkonomisk posisjon og kosthold. Det kan tyde på at de ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon kan påvirke utfallet av de unges kosthold forskjellig (Zarnowiecki et al., 2014).

4.5 Artikkel 5

Tittel: Predictors of high-energy foods and beverages: a longitudinal study among socio-economically disadvantaged adolescents.

Målet med studien: **1.** Identifisere inntaket av mat og drikke med høy energitetthet blant ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon.

2. Undersøke assosiasjonene på kort og lang sikt mellom personlige, sosiale og miljømessige faktorer, og ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon sitt inntak av mat og drikke med høy energitetthet.

Forfattere: Lena D. Stephens, Sarah A. McNaughton, David Crawford og Kylie Ball

Publisert: 2012, Public Health Nutrition

Bakgrunn

Bakgrunnen for studien er at ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon har en større risiko for å ha et ugunstig kosthold. Likevel er det noen av ungdommene i denne sosiale gruppen som har et bedre kosthold. Ved å finne ut hvilke faktorer som gjør denne forskjellen kan det bidra til å bedre kostholdet til hele gruppen (Stephens, McNaughton, Crawford & Ball, 2012).

Metode

Studien ble gjennomført på Australske ungdommer i alderen 12-13 år og 14-15 år. I datainnsamling ble det brukt et longitudinell metode. Data ble samlet inn i to omganger, med to års mellomrom. Mors høyeste utdanningsnivå ble brukt som mål på sosioøkonomisk posisjon. Elevene fylte ut et spørreskjema som innehold spørsmål om kostholdet, og personlige, sosiale og miljømessige forhold rundt kostholdet (Stephens et al., 2012).

Resultat

Resultatene viste at ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon som fikk servert grønnsaker til middag daglig, hadde en betydelig større sjanse for å drikke mindre brus en ungdom som ikke

fikk servert grønnsaker så ofte. Videre viste resultatene at redusert tilgang til mat med høy energitetthet hjemme og sjeldnere servering av denne typen mat, gjorde at ungdommer lav sosioøkonomisk posisjon spiste mat med høy energitetthet sjeldnere. I tillegg ble også funnet forskjeller mellom kjønn. Jenter med lav sosioøkonomisk posisjon hadde 58% større sjanse for å drikke mindre brus/energi drikk enn gutter med lav sosioøkonomisk posisjon (Stephens et al., 2012).

Konklusjon

For å bedre kostholdet til familier og ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon bør det fokuseres på å øke kunnskapsnivået om mat, ferdighetene til å lage mat og økonomiske disponeringer til innkjøp av mat (Stephens et al., 2012).

5. Diskusjon

5.1 Sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og kosthold

De sosiale forskjellene i helse er et stort samfunnsproblem som er skapt på bakgrunn av skjevfordelinger av samfunnets resurser (Dahl et al., 2014). Helse- og omsorgsdepartementet (2007a) har som mål å redusere sosial ulikhet i helse og ett av innsatsområdene er å redusere ulikheter i helseatferd. Som beskrevet i teorikapittelet, er det en sosial skjevfordeling i kostholdsvaner. Personer med høy sosioøkonomisk posisjon har et sunnere kosthold enn personer med lav (Dahl et al., 2014; Sunde og Krokstad, 2005). Det samme resultatet har de utvalgte studiene kommet frem til (Fismen et al., 2014; Hilsen et al., 2010; Skårdal et al., 2014; Stephens et al., 2012; Zarnowiecki et al., 2014). Samtidig så har studiene hatt ulike forskningsspørsmål noe som også har gitt dem noen ulike funn.

5.1.1 Er det en sosial arv eller miljøet som påvirker kostholdet

Forhold i hjemmet legger grunnlaget for levevaner som vil kunne påvirke den fremtidige helsen til barn og unge. Foreldrenes levestett videreføres til barna som da tar med seg en sosial arv av vaner (Mæland, 2010). I følge Stephens et al. (2012) viste det seg at økt tilgang på usunn mat i hjemmet, resulterte i et større inntak av usunne matvarer hos ungdommen. Personer med lavere sosioøkonomisk posisjon kan ha en høyere eksponering for ugunstige helsevaner (Dahl et al., 2014). Studien til Stephens et al. (2012) viste at ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon som ofte spiste mat med høy energitetthet som fast food, fritert mat og pizza da de var 13 år, hadde en større sannsynligheten for å fortsette i dette kostmønsteret også da de var 15 år. Motsatt var gradienten for de ungdommene som hadde et lavere inntak av slik mat i ung alder (Stephens et al., 2012). Som nevnt i teorikapittelet er det ofte slik at vaner som blir etablert i hjemmet i ung alder tas med videre i livet (Dahl et al., 2014). I studien til Hilsen et al. (2010) viste det seg at ungdom som hadde planer om å ta høyere utdanning hadde et større inntak av sunn mat og et lavere inntak av usunn mat i skoletiden enn ungdommene som ikke hadde slike planer. Blant ungdom som har lite ambisiøse utdanningsplaner, er det en større andel som har en ugunstig livsstil i form av blant annet et usunt kosthold (Aarø & Klepp, 2009). Studien til Stephens et al. (2012) og Hilsen et al. (2010), viser at kostholdet man får tillært gjennom oppveksten, påvirker hvilke kostholdsvalg man tar senere i livet. Mye tyder på at helserelaterte valg er sosialt betinget og er assosiert med sosioøkonomiske forhold fra oppveksten. Hvilke helserelaterte valg man tar er betinget av forhold man selv ikke har valgt, men er født inn i (Krokstad & Høyer, 2011). Det er sannsynlig at ungdommene med et ønske om en høyere utdanning har foreldre med høyere utdanning, og at det har påvirket kostholdet i oppveksten. Foreldrenes valg og hvilke muligheter de har til å påvirke sine barns sosioøkonomiske forhold vil ha innvirkning på deres

muligheter for en fremtidig utdanning og igjen helserelaterte valg (Galobardes, Lynch & Smith, 2007).

Samtidig så viste studien til Hilsen et al. (2010) at ble det funnet store kostholdsforskjeller mellom skoler. Andel elever som spiste godteri og potetgull på skolen varierte fra 9% til 93% mellom ulike skoler. Forskjeller ble også funnet i inntak av brus og søte bakervarer.

Resultatene viste at skoler hvor det var et høyt inntak av brus, var det også et høyt inntak av søte bakervarer og godteri (Hilsen et al., 2010). Det kan tenkes at forskjellen blir påvirket av oppvekstmiljøet til ungdommene som er nevnt tidligere. Man velger de helsevanene som er mest akseptert i det samfunnslaget man vokser opp i. Oppveksten i ulike samfunnslag vil da gi ulike helsevaner (Wold & Samdal, 2009). Kostholdet blir da et middel for å vise hvem man er og hvilken sosial gruppe man tilhører (Mæland, 2010). Det kan tenkes at de skolene hvor elevene hadde et større forbruk av usunn mat i skoletiden, lå i et geografisk område hvor en større andel hadde lav sosioøkonomisk posisjon. Foreldrenes sosioøkonomiske posisjon preger oppvekstvilkårene til barna (Mæland, 2010). Resultatene i Zarnowiecki et al. (2014) sin studie viste at ungdom fra geografiske områder hvor det var en større andel med høyere sosioøkonomisk posisjon, hadde ett større inntak av frukt.

Det er ikke nødvendigvis en motsetning mellom den sosiale arven fra omsorgspersonene og miljøet rundt ungdommene. Ungdommenes kosthold blir påvirket av det sosiale nettverket og det sosiale miljøet rundt dem. Samtidig så påvirker deres sosiale posisjon og andre levekår hvilke sosiale nettverk og miljø de er en del av. Dette ble beskrevet i teorikapittelet som de sosiale helsedeterminantene (Mæland et al., 2009). Ett av regjeringens innsatsområder er å redusere forskjeller i helseatferd og oppvekstvilkår for unge, gjennom en mer rettferdig fordeling av inntekt og mulighet for utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a).

5.1.2 Kjønnforskjeller i kostholdet

I flere av studiene fant de kjønnsforskjeller i kostholdet. Jenter hadde et større inntak av sunne matvarer og et lavere inntak av usunne matvarer enn guttene (Fismen et al., 2014; Hilsen et al., 2010; Skårdal et al., 2014). Det kan tenkes at jenter og gutter er i ulike sosiale miljøer. Ungdommenes livsstil blir blant annet påvirket av de sosiale normene, holdningene og det sosiale klimaet rundt dem. Denne påvirkningen kommer fra både jevnaldrende i oppvekstmiljøet og fra foreldrene (Aarø & Klepp, 2009). Samtidig så ble det i Zarnowiecki et al. (2014) sin studie ikke funnet forskjeller i gutter og jenter sitt kosthold. Jenter skåret likevel høyere på en positiv helseatferd som innbar oftere frokostspising og mer bidrag rundt måltidene (Zarnowiecki et al., 2014). I følge Fismen et al. (2014) økte kjønnsforskjellene i inntak av frukt og grønnsaker med økende alder. I ungdomsårene øker også polariseringen mellom grupper. Noen ungdomsgrupper utvikler gode helsevaner, andre grupper ugunstige (Haugland & Havik, 2011). I målinger av kunnskapen om kostholdsanbefalingene fant de også kjønnsforskjeller. Mødre med høyere utdanning hadde bedre kjennskap til anbefalingene enn hva fedre med høyere utdanning hadde (Skårdal et al., 2014). Det viser seg at kvinner ofte er mer mottagelige for helseopplysninger enn menn (Mæland, 2010). I studien til Stephens et al. (2012) fant de ut av jenter med lav sosioøkonomisk posisjon hadde større sannsynlighet for å spise mindre mat med høy energitetthet enn gutter med lav sosioøkonomisk posisjon. En mulig årsak til kjønnsforskjellene kan være at kjønnene blir ulikt påvirket av de sosiale helsedeterminantene. Det blir derfor forskjeller i hvordan jenter og gutter sitt selvbilde, atferd, valg, muligheter og ressurser utvikler seg (Mæland et al., 2009). Det kan også være at kvinner og menn har ulike assosiasjoner til hva en kvinne og en mann bør spise. Gjennom media, holdninger og sosiale normer i samfunnet skapes en oppfatning av hvordan kvinner og menn

sin livsstil skal være. Kostholdsvalgene blir knyttet til en opplevelse av hvem vi er og identitet (Schei & Bakketeig, 2007).

5.1.3 De ulike indikatorer gir ulikt utslag på kostholdsforskjellene

Helsen vår blir påvirket direkte gjennom våre omsorgspersoners sosioøkonomiske posisjon i oppveksten. Samtidig som vår egen utdanning, yrke og inntekt også har en indirekte påvirkning, som vist i figur 2.1 (Dahl et al., 2014). I følge studien til Skårdal et al. (2014) har ungdom fra familier med lav inntekt og utdanning et større inntak av brus og fast food og et lavere inntak av frukt og grønnsaker enn familier med høy sosioøkonomisk posisjon. Den samme tendensen fant de i studiene til Zarnowiecki et al. (2014) hvor lavere sosioøkonomisk posisjon var assosiert med et usunt kosthold. I følge Fismen et al. (2014) var det en sammenheng mellom høyere forbruk av frukt og grønnsaker og høyere sosioøkonomisk posisjon. Det ble det funnet en sammenheng mellom både yrke, utdanning, inntekt og ungdommenes kosthold. Geografisk bostedsområde var den indikatoren som ga minst utslag (Zarnowiecki et al., 2014).

Yrke

Yrke er en indikator som sier noe om en persons sosiale ståsted, nettverk, psykososiale forhold og ulike arbeidsmiljøbelastninger (Dahl et al., 2014). I de utvalgte studiene var det kun en studie som undersøkte sammenhengen mellom yrkesgruppe og kostholdet til ungdom. I denne studien ble det funnet en signifikant sammenheng mellom mors yrke og ungdommenes inntak av frukt. Høyere yrkesstatus viste et høyere inntak av frukt. Inntaket av brus var høyere blant ungdom som hadde en mor med en lavere yrkesstatus (Zarnowiecki et al., 2014). Yrke er en indikator som henger tett sammen med inntekt og da materielle ressurser. Det kan tenkes at yrke derfor blir mindre brukt som mål på sosioøkonomisk posisjon i denne type studier. Det er mulig at sammenhengen mellom mors yrke og inntak av

frukt og brus ble påvirket av inntekten som yrke ga og da innkjøpsmuligheten (Galobardes et al., 2006a).

Inntekt

Inntekt er den sosioøkonomiske indikatoren som mest direkte sier noe om de materielle ressursene i familien (Galobardes et al., 2006a). Det ble funnet signifikante forskjeller i ungdoms inntak av grønnsaker, fisk og fast food når inntekt ble brukt som indikator. Ungdom fra familier med en høyere inntekt hadde et større inntak av grønnsaker og fisk og et lavere inntak av fast food enn familier med lavere inntekt (Skårdal et al., 2014). Studien til Zarnowiecki et al. (2014) viser at familiens inntektsnivå påvirket frukt- og brusinntaket til ungdommen. Høyere inntekt viste et høyere inntak av frukt, lavere inntekt viste et høyere inntak av brus (Zarnowiecki et al., 2014). En medvirkende faktor til at inntektsnivået hadde en sammenheng med inntak av frukt, grønnsaker, fisk, brus og fast food, kan være innkjøpsmuligheter. Inntektsnivået påvirker blant annet kjøpekraften gjennom muligheten for å kjøpe mat med bedre kvalitet (Strand & Næss, 2009).

Utdanning

Utdanningsnivået er den indikatoren på sosioøkonomisk posisjon som assosieres med kunnskapsnivået (Strand & Næss, 2009). Det ble funnet en sammenheng mellom flere sosioøkonomiske indikatorer og kostholdet. Videre funn viste likevel at mors utdanningsnivå var den sosioøkonomiske indikatoren som ga sterkest utslag på kostholdet (Zarnowiecki et al., 2014). Skårdal et al. (2014) viser til at foreldrenes utdanningsnivå gjorde et større utslag på kostholdet til ungdom enn hva inntektsnivået gjorde. Utdanningslengden har vist seg å ha større betydning for helseatferd enn inntektsnivået (Iversen, 2005). Gjennom utdanning utvikler mennesker psykologiske ressurser, vi lærer mer og det fører til at kunnskapsnivået

øker (Helsedirektoratet, 2010). Skårdal et al. (2014) sine resultater viste at foreldre med høy utdanning og inntekt, hadde mer kunnskap om kostholdsanbefalingene enn foreldre med lav utdanning og lav inntekt. Forskjellene i kunnskapen om kostholdsanbefalingene kan henge sammen med evnen til å forstå helseinformasjon. Foreldre med høy utdanning kan ha bedre forutsetninger for det. Det å forstå helseinformasjon henger sammen med kunnskap. Det kan tenkes at en del informasjon om anbefalinger er mer tilgjengelig for høyt utdannede, fordi de leser mer og at de er mer vant til å forholde seg til denne typen informasjon (Cutler & Lleras-Murney, 2010; Mæland, 2010). Cutler og Lleras-Murney (2010) poengterer at det også er mulig at det er forskjeller i hvordan høyt og lavt utdannede internaliserer informasjonen og at høyt utdannede har en større tiltro til anbefalingene. Det kan være at personer med lav utdanning i større grad opplever helse som en tilfeldighet fremfor noe man selv har kontroll og innflytelse over (Iversen, 2005). Skårdal et al. (2014) viser til at mødre med høyere utdanningsnivå hadde en bedre kjennskap til anbefalingene enn fedre med høyere utdanningsnivå. Studien fant også ut at ungdommene med lavt utdannede mødre, hadde et høyere inntak av brus og et lavere inntak av fisk ukentlig enn de med mødre med høy utdanning (Skårdal et al., 2014). Det kan tenkes at mødrenes kjennskap til anbefalingene påvirket hva som ble servert i hjemmet. I følge Zarnowiecki et al. (2014) hadde ungdommene med mødre med lav utdanning høyere inntak av godteri, søtsaker og potetgull enn ungdom med høyt utdannede mødre. Det kan tenkes at mødre har et større ansvar for innkjøp av matvarer og tilbereding av mat i hjemmet. Mødre vil derfor kunne ha en større innflytelse på ungdommens kostholdsvaner enn hva fedre vil ha (Zarnowiecki et al., 2014).

Samtidig viser studien til Stephens et al. (2012), hvor mors utdanningsnivå ble brukt som indikator på sosioøkonomisk posisjon, at det er forskjeller i kostholdet mellom ungdom fra samme sosiale klasse (Stephens et al., 2012). Utdanningsnivå gir ikke da bare utslag mellom

ulike sosiale grupper, men også innad i en sosial grupper. I en sosial gruppe kunne man jo tenke seg at kunnskapsnivået om kostholdet ville vært det samme siden utdanningslengden er lik. Det kan da tenkes at også andre helsedeterminanter enn kunnskapsnivået er vesentlig for hvordan kostholdet utvikler seg (Dahl et al., 2014).

Som beskrevet i teorikapittelet, er utdanning en sterk determinant for både fremtidig yrke og inntekt (Galobardes et al., 2006a). Høyt utdannede personer har ofte en høyere inntekt enn personer med lav utdanning og dette kan påvirke helsen og valgmuligheter (Cutler & Lleras-Murney, 2010). Det vil likevel ikke være slik at inntekt alltid er relatert til utdanningsnivået. Lavt utdannede kan ha en høy inntekt, dette kan igjen være en forklaring på hvorfor man ser større forskjeller ved utdanningsindikatoren enn inntektsindikatoren. I studien til Stephens et al. (2012) fant de ut at sosioøkonomisk posisjon påvirket hvilke tilgang det var til sunn mat i hjemmet. Det er mulig at disse forskjellene ble påvirket av utdanningsnivået og da kunnskapen om kosthold (Strand & Næss, 2009). Det kan også være at prisnivået på varene påvirker hva man kjøper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Inntektsnivået kan påvirke muligheten til å ha en sunn livsstil (Dahl et al., 2014). I studien til Skårdal et al. (2014) opplyser 87% av foreldrene med høy inntekt at de har god kjennskap til kostholdsanbefalingene. Resultatene viser også at familiene med høy inntekt har et sunnere kosthold enn familiene med lavere inntekt (Skårdal et al., 2014). Resultatene kan tolkes som at det er en sammenheng mellom kunnskap, innkjøpsmuligheter og kostholdet. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2007a) kan pris- og avgiftsvirkemidler bidra til å bedre kostholdet og utjevne sosiale forskjeller. Befolkningens kosthold kan påvirkes gjennom å øke prisen på usunne produkter. Beregninger kan tyde på at familier med dårligere økonomi da vil øke forbruket av sunne produkter som frukt og grønnsaker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a).

5.2 Metode diskusjon

5.2.1 Svarrespons og frafall

I Skårdal et al. (2014) sin undersøkelse var bruttoutvalg av deltakere 742 ungdommer, svarprosenten var på 41,5%. I studien til Hilsen et al. (2010) var det i den første tverrsnittundersøkelsen en svarandel på 33%. I oppfølgingsundersøkelsen 3 år senere ble nye deltakere invitert til å delta i tillegg til de eksisterende, det var da et bruttoutvalg på 3388 deltakere. Svarprosenten var da på 85%. I Fismen et al. (2014) sin undersøkelse var svarresponsen blant 13 åringene i 2001 på 73%, i 2005 på 69% og i 2009 på 55%. Svarresponsen blant 15 åringer var 88%, 69% og 56%, og svarresponsen blant 16 åringer var 89%, 84% og 81% de samme årene. Bruttoutvalget deltakere i Zarnowiecki et al. (2014) sin studie var 2575, 1257 av de fikk tillatelse av foreldrene til å delta. Etter frafall var det 625 deltakere. I Stephens et al. (2012) sin studie ble 9842 deltakere fra ulike sosiale lag invitert til å delta. Svarresponsen var på 3264 i den første tverrsnittundersøkelsen, av disse var det 1287 ungdommer med lav sosioøkonomisk posisjon, og i oppfølgingsundersøkelsen var det 708. Svarresponsen på de som deltok i begge undersøkelsene var da 55% (Stephens et al., 2012).

Det vil alltid være et mål å få størst mulig svarrespons. Det er vanlig å få en svarrespons på 30-40%, men får man en svarrespons på mer enn 50% regnes dette som en bra respons (Johannessen et al., 2010). Svarresponsen i studien til Skårdal et al. (2014) kan da anses som akseptabel. Studien til Fismen et al. (2014) er den studiene som utmerker seg med en god svarrespons over et relativt langt tidsperiode. I Hilsen et al. (2010) sin studie kan svarresponsen på 33% ved første tverrsnittundersøkelse regnes som en noe lav svarrespons, i oppfølgingsundersøkelsene var den på 85% og det kan sees på som en bra svarrespons. I oppfølgingsstudien var en stor andel nye deltakere inkludert noe som gjør at det vanskelig å si

noe om utviklingen i kostholdsvaner på skolen overtid. I Zarnowiecki et al. (2014) sin studie var det en ganske lav svarrespons hvis man setter nettoutvalget deltakere opp mot de som ble trukket ut til deltakelse. Ser man på svarresponsen opp mot de som fikk tillatelse til å delta er responsen opp mot 50%.

I følge Johannessen et al. (2010) vil det alltid være frafall av respondenter i en undersøkelse og dette utgjør en feilkilde. Frafall av deltakere vil påvirke hvem som er igjen i det endelige utvalget. Hvis dette frafallet er systematisk slik at en spesiell gruppe har et større frafall enn andre grupper vil det kunne påvirke hvilken grad vi kan generalisere resultatene fra utvalget til populasjonen (Jacobsen, 2010). Sammensetningen i nettoutvalget av deltakere endres da i forhold til bruttoutvalget av deltakere (Johannessen et al., 2010). I studien til Stephens et al. (2012) var de kun interessert i å undersøke ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon, men ungdom fra alle sosiale lag ble invitert til å delta. Det er derfor vanskelig å vite hvor stor andel av de 9842 deltakeren som ble invitert som hadde foreldre med lav sosioøkonomisk posisjon, og hvor stort frafall det var i denne sosiale gruppen. De som vanligvis er overrepresentert i slike studier er de som er mest ressurssterke og som har en interesse og kunnskap om tema som undersøkes (Jacobsen, 2010). Det kan tenkes at det er et større frafall av personer med lav sosial posisjon og at det er en enda større sosial skjevfordeling i kostholdet i virkeligheten enn hva resultatene viser. Det kan påvirke i hvilken grad man kan generalisere funnene. Problemet ligger ofte ikke i *hvor mange* som faller fra, men *hvem* (Jacobsen, 2010). Frafall i en undersøkelse kan også være tilfeldig, sammensetningen i utvalget blir ikke da påvirket og det vil fortsatt kunne være representativt (Johannessen et al., 2010). I Zarnowiecki et al. (2014) sin studie var det et relativt høyt frafall. Det kan virke som at utvalget fortsatt var representativt etter frafallet, siden alle de sosioøkonomiske indikatorene som ble undersøkt var godt fordelt og representert blant deltakerfamiliene

(Zarnowiecki et al., 2014). Frafallet i studien til Hilsen et al. (2010) var på 15% og hovedårsaken til frafallet var at elevene ikke var på skolen på undersøkelsesdagen.

5.2.2 Trekning av deltakere

Om et utvalg er representativt bestemmes ikke primært av antallet som deltar, men hvilken fremgangsmetode som er brukt for å velge deltakere. I all forskning hvor man ønsker å generalisere resultatene til en større populasjon, er det et krav at de utvalgte deltakerne er trukket tilfeldig (Nyeng, 2012). Alle variabler som man ønsker å undersøke må ha den samme fordelingen i utvalget som i populasjonen. Populasjonen er alle enhetene som problemstillingen gjelder for. Ved å gjøre et sannsynlighetsutvalg som er en tilfeldig trekning av deltakere økes sannsynligheten for at utvalget er representativt (Johannessen et al., 2010). I studien til Fismen et al. (2014) foregikk utvelgelsen som en tilfeldig klyngeutvelgelse. Hver klynge ble satt sammen basert på geografisk område. Klyngeutvelgelse er en variant av sannsynlighetsutvelgelse (Johannessen et al., 2010). I Zarnowiecki et al. (2014) sin undersøkelse ble alle ungdomskoler innenfor en by rangert basert på sosioøkonomiske indikatorer. De ble plassert i ulike strata basert på sosioøkonomiske faktorer, og hver skole ble tilfeldig trukket ut (Zarnowiecki et al., 2014). Dette er en stratifisert utvelgelse hvor enhetene blir plassert i ulike strata ut fra bestemte egenskaper, dette er også en variant av sannsynligutvelgelse (Johannessen et al., 2010). Ved å bruke denne utvalgsmetoden sikrer Zarnowiecki et al. (2014) at alle de indikatorene på sosioøkonomisk posisjon er tilstrekkelig representert for å kunne besvare sitt forskningsspørsmål. I Hilsen et al. (2010) og Skårdal et al. (2014) sine undersøkelser var det en tilfeldig trekning av deltaker fra skoler innenfor et geografisk område. I Stephens et al. (2012) sin studie foregikk også utvelgelsen innenfor et geografisk område, men her fikk alle ungdomsskolene innenfor området mulighet til å delta. Ved at alle de 5 inkluderte studiene i denne oppgaven har brukt et sannsynlighetsutvelgelse

gjør at sannsynligheten for at utvalget er representativt større. Det gjør det mulig å generalisere resultatene fra undersøkelsene til også å gjelde for resten av populasjonen (Johannessen et al., 2010).

5.2.3 Datainnsamling

Forskningsdesignet som er brukt for å samle inn data er tverrsnittundersøkelser (Skårdal et al., 2014; Zarnowiecki et al., 2014), longitudinell panelundersøkelse (Hilsen et al., 2010; Stephens et al., 2012), og longitudinell tidsserieundersøkelse (Fismen et al., 2014).

Tverrsnittundersøkelser henter inn data fra et bestemt tidspunkt eller en avgrenset periode.

De gir et øyeblikksbilde av fenomenet som undersøkes og det er derfor vanskelig å si noe om utviklingen over tid (Johannessen et al., 2010). Fismen et al. (2014) undersøkte data som var samlet inn på tre tidspunkter over 8 år. Fordelen ved å undersøke flere gjentatte

tverrsnittundersøkelser over tid er at de sier noen om utviklingen i den perioden som er undersøkt (Johannessen et al., 2010). Målet med studien var å undersøke utviklingen i

kostholdet og sosial ulikhet over tid (Fismen et al., 2014). Dette kan derfor anses som en god fremgangsmetode for å kunne besvare forskningsspørsmålene. En panelundersøkelse er en undersøkelse som gjennomføres på flere tidspunkter av de samme deltakerne (Johannessen et

al., 2010). I Stephens et al. (2012) sin undersøkelse ønsket de å kartlegge kostholdet til

ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon, og hvordan ulike faktorer påvirker kostholdet på kort- og lang sikt. Ved å bruke en panelundersøkelse får man mulighet til å studere endringer og mønstre over tid hos de samme personene. Det gir også informasjon om hvem som

eventuelt endrer seg (Johannessen et al., 2010). Ved å bruke denne metoden vil Stephens et al. (2012) kunne kartlegge endringer i hvilke faktorer som påvirker kostholdet til ungdom med lav sosioøkonomisk posisjon over de to årene studien varer.

I innsamlingen av data ble det brukt prekodede spørreskjemaer (Hilsen et al., 2010; Fismen et al., 2014; Skårdal et al., 2014; Stephens et al., 2012; Zarnowiecki et al., 2014). Prekodet spørreskjema vil si at svaralternativene er oppgitt på forhånd. Fordelen ved å strukturere spørreskjema på denne måten er man kan se på likheter og variasjoner i måten deltakerne svarer på. Prekodede spørreskjema gir også mulighet for å kunne generalisere resultatene fra de utvalgte deltakerne til populasjonen. Samtidig vil det være en ulempe at en slik struktur ikke fanger opp informasjon utover de gitte spørsmålene (Johannessen et al., 2010). I de utvalgte artiklene var spørsmålene oppgitt med skalerte svaralternativer (Fismen et al., 2014; Hilsen et al., 2010; Skårdal et al., 2014; Stephens et al., 2012; Zarnowiecki et al., 2014). Dette gjør det mulig å nyansere svaret selv om spørreskjemaet er prekodet (Johannessen et al., 2010).

I innsamlingen av data kan forskerens forståelse, forhåndoppfatninger og tolkninger kunne påvirke resultatet av undersøkelsen (Johannessen et al., 2010). I alle de fem studiene som er inkludert i denne oppgaven har datainnsamlingen foregått gjennom spørreskjemaer.

Spørsmålene har blant annet handlet om kostholdsvaner, om hvor ofte eller sjelden man spiser ulike matvarer som karakteriseres som sunne og usunne (Fismen et al., 2014; Hilsen et al., 2010; Skårdal et al., 2014; Stephens et al., 2012; Zarnowiecki et al., 2014). Det vil være en mulighet for at svarene kan ha blitt sensurert og justert av den som besvarer spørsmålene, for at personen skal føle at svaret er mer sosialt akseptert (Johannessen et al., 2010).

Atferdsspørsmål som ønsker å kartlegge mat- og drikkeinntaket den siste uken eller måneden kan også bli påvirket av hukommelsen til den som svarer (Johannessen et al., 2010). I tre av studiene ble sosioøkonomisk posisjon fastsatt på bakgrunn av foreldrenes selvrapporterte utdanning, yrke eller inntektsnivå (Skårdal et al., 2014; Stephens et al., 2012; Zarnowiecki et al., 2014). Det vil alltid være en usikkerhet rundt selvrapportering. Det kan tenkes at ikke alle

oppgå korrekt informasjon om sosioøkonomiske forhold, kostholdsvaner og kunnskap om kosthold. Dette kan da være en feilkilde som forstyrrer resultatene (Jacobsen, 2010). Samtidig så vil et godt utformet spørreskjema kunne gjøre at troverdigheten til resultatene øker (Jacobsen, 2010; Johannessen et al., 2010). Spørsmålsutformingen sier da noen om resultatenes pålitelighet (Jacobsen, 2010). I mange tilfeller har spørreskjemaer gått gjennom omfattende validitets- og reliabilitetstester, og man står fritt til å bruke spørsmål som har vært brukt i andre undersøkelser (Johannessen et al., 2010). Studien til Fismen et al. (2014) og Zarnowiecki et al. (2014) har brukt kvalitetssikrede spørreskjemaer. I to av studiene gikk spørreskjemaene gjennom en prestudie på forhånd for å teste spørsmålene (Skårdal et al., 2014; Stephens et al., 2012). Hilsen et al. (2010) har ikke gitt noen opplysninger om utformingen av spørreskjemaet eller hvor eventuelt spørsmålene er hentet fra. Noe som medfører en usikkerhet rundt spørreskjemaets kvalitet.

6. Konklusjon

Ungdom med lavere sosioøkonomisk posisjon har et mer usunt kosthold enn ungdom med høyere sosioøkonomisk posisjon. Dette viser både de fem inkluderte studiene i den oppgaven og annen teori på området. I studiene ble flere indikatorer på sosioøkonomisk posisjon knyttet til kostholdsvanene. Utdanning er likevel den indikatoren som ga størst utslag på kostholdet til ungdommen i flere av studiene. Dette viser at det er nyttig å bruke flere indikatorer på sosioøkonomisk posisjon når man undersøker ungdoms kosthold, og at utdanningsmålet ikke burde bli ekskludert. I tillegg til sosioøkonomiske forhold, påvirker også miljømessige faktorer kostholdet til ungdom. Gjennomgående i studiene er at jenter har et sunnere kosthold enn gutter.

6.1 Forslag til videre forskning

Sosiale forskjeller i helse er et forskningsområdet som er i stadig endring. Det hadde vært interessant om videre forskning fokuserer på om sosioøkonomiske kostholdsforskjeller minker eller øker. I tillegg ville det vært interessant å undersøke nærmere effekten myndighetenes strategier og tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helsevaner blant ungdom.

Litteraturliste

Aarø, L. E. & Klepp, K.-I. (2009). Helserelatert atferd og livsstil i kontekst. I L. E. Aarø & K.-I. Klepp (Red.). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s. 19- 42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School- Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>

Cutler, D. M. & Lleras-Murney, A. (2010). Understanding Differences in Health Behaviors by Education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>

Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fismen, A-S., Smith, O. R. F., Torsheim, T. & Samdal, O. (2014). A school based study of time trends in food habits and their relation to socio-economic status among Norwegian adolescents, 2001-2009. *International Journal of Behavioral Nutrition an Physical Activity*, 11(1), 115. <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-014-0115-y>

Galobardes, B, Lynch, J. & Smith, G. D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81-82(1), 21-37. <http://dx.doi.org/10.1093/bmb/ldm001>

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W. & Smith, G. D. (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7-12. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.023531>

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W. & Smith, G. D. (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 95-101. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.028092>

Grøholt, E.- K., Hånes, H. & Reneflot, A. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>

Grøholt, E.-K., Stigum, H. & Norhagen, R. (2008). Overweight and obesity among adolescents in Norway: cultural and socio-economic differences. *Journal of Public Health*, 30(3), 258-265. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdn037>

Haugland, S. & Havik, T. (2011). Foreldre, barn og ungdom. I J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyer & S. Krokstad (Red.), *Sosialmedisin* (2. utg., s. 238-256). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeid- veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2011b). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2011a). *Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Utvikling i norsk kosthold 2014*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/802/Utviklingen-i-norsk-kosthold-2014-IS-2255.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007b). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)*. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/304657-kosthold.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007a). *Nasjonal strategi for å utjevne sosial helseforskjeller*. (Meld. St. 20, 2006-2007). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen- God helse- felles ansvar*.

(Meld. St. 34, 2012-2013). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?docId=STM201220130034000DDDEPIS&ch=1&q=>

Hilsen, M., Eikemo, T. A. & Bere, E. (2010). Healthy and unhealthy eating at lower secondary school in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 7-12.

<http://dx.doi.org/10.1177/1403494810376560>

Iversen, A. C. (2005). *Sosiale forskjeller*. Lokalisert 19. april 2015, på

<http://www.forebygging.no/Kronikker/2007-2005/Sosiale-forskjeller-i-helseadferd-og-oppfatninger/>

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag

Krokstad, S. & Høyer, G. (2011). Sosial ulikhet i helse. I J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyer & S. Krokstad (Red.), *Sosialmedisin* (2. utg., s. 43- 57). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Medisinsk bibliotek. (2013). *En veiledning fra Medisinsk bibliotek*. Lokalisert på

[\[universitetssykehus.no/fagfolk_/forskning_/forskningsstotte_/tema_/bibliotekstjenester_/Documents/Søkeveiledninger/svemed.pdf\]\(http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk_/forskning_/forskningsstotte_/tema_/bibliotekstjenester_/Documents/Søkeveiledninger/svemed.pdf\)](http://www.oslo-</p></div><div data-bbox=)

Menneskerettsloven, LOV-1999-05-21-30. (2014).

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. & Westin, S. (2009). Sosial epidemiologi- Et nytt fagfelt med tradisjoner. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 15-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Næss, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse: En faktarapport*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dav/1ae74b1d58.pdf>

Opplysningskontoret for frukt og grønt. (2014). *Totaloversikten: Frisk frukt, bær, grønnsaker og poteter*. Lokalisert på <http://www.frukt.no/sitefiles/1/dokumenter/TotaloversiktOFG2013enkeltsider.pdf>

Samdal, O., Bye, H. H., Torsheim, T., Birkeland, M. S., Diseth, Å. R., Fismen, A.-S., ... Wold, B. (2012b). *Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge*. HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen (HEMIL rapport 2, 2012). Lokalisert på <http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hevasrapport.pdf>

Samdal, O., Bye, H. H., Torsheim, T., Fismen, A.-S., Haug, E., Smith, O. R. F. & Wold, B. (2012a). Trender i sosial ulikhet i helseatferd. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 12(2), 21-41.

Samdal, O., Leversen, I., Torsheim, T., Manger, M. S., Brunborg, G. S. & Wold, B. (2009). *Trender i helse og livsstil blant barn og unge 1985-2005*. HEMIL- senteret, Universitetet i Bergen (HEMIL Rapport 3, 2009). Lokalisert på https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3734/HEMIL%20trender%20og%20helse%203%202009%20.pdf;jsessionid=4D1FD76E30CD7A463C7D7932E94B0E98.bora-uib_worker?sequence=1

Schei, B. & Bakketeig, L. S. (2007). Kjønnsperspektivet kan gjøre folkehelsen bedre. I B. Schei & L. S. Bakketeig (Red.), *Kvinner lider- menn dør* (s. 15-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårdal, M., Western, I. M., Ask, A. M. S. & Øverby, N. C. (2014). Socioeconomic differences in selected dietary habits among Norwegian 13-14 year-olds: a cross-sectional study. *Food & Nutrition Research*, (58). <http://dx.doi.org/10.3402/fnr.v58.23590>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikhet i helse*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/280/Gradientutfordringen-sosial-og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse-IS-1229.pdf>

Stephens, L. D., McNaughton, S. A., Crawford, D. & Ball, K. (2012). Predictors of high-energy foods and beverages: a longitudinal study among socio-economically disadvantaged adolescents. *Public Health Nutrition*, 17(2), 324-337.

<http://dx.doi.org/10.1017/S136898001200482X>

Strand, B. H. & Næss, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 59-79). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sund, E. R., & Krokstad, S. (2005). *Sosial ulikhet i helse i Norge: En kunnskapsoversikt*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/317/Sosiale-ulikheter-i-helse-i-norge-en-kunnskapsoversikt-IS-1304.pdf>

Støren, I. (2010). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Torsheim, T., Leversen, I. & Samdal, O. (2007). Sosial ulikhet i ungdoms helse: Er helseatferd viktig? *Norsk epidemiologi*, 17 (1), 79-86. Lokalisert på <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/177/157..>

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (s.a.). *Definition of youth*. Lokalisert på <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>

World Health Organization. (2013). *Social determinants of health: What are social determinants of health?* Lokalisert 12. februar 2015, på http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

World Health Organization. (2014). *The top 10 causes of death*. Lokalisert 16. februar 2015, på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html>

Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter?. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 83-95). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Zarnowiecki, D., Ball, K., Parletta, N. & Dollman, J. (2014). Describing socioeconomic gradients in children`s diets - does the socioeconomic indicator used matter? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, (11). <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-11-44>